	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E</b>	VERSIÓN: 5
		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> ALBARRACIN DE HERREA FLOR MARINA		336994
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> Cedula	<b>No.</b> 51561824	
<b>CORREO:</b> fmalbara888@yahoo.es	<b>CELULAR:</b> 3155884060	
<b>PROCESO:</b> Facturacion		
<b>SERVICIO:</b> Facturacion		
<b>UNIDAD:</b> Suba		
<b>CENTRO DE COSTOS</b>	Centro de costo %	Centro de costo %
A00		
<b>BANCO:</b> 12	<b>TIPO CUENTA:</b> AHORROS	
<b>NUMERO CUENTA BANCARIA:</b> 488406105558		

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 3191-2024		<b>Nº DE PAGOS DEL CONTRATO</b>	
<b>NÚMERO DE CDP: 1</b> 180	<b>FECHA</b> 30/01/2024	<b>NÚMERO DE CRP: 1</b> 18336	<b>FECHA</b> 20/02/2024
<b>NÚMERO DE CDP: 2</b> 390	<b>FECHA</b> 20/03/2024	<b>NÚMERO DE CRP: 2</b> 19513	<b>FECHA</b> 21/03/2024
<b>NÚMERO DE CDP: 3</b> 631	<b>FECHA</b> 20/05/2024	<b>NÚMERO DE CRP: 3</b> 31055	<b>FECHA</b> 20/05/2024
<b>NÚMERO DE CDP: 4</b> 808	<b>FECHA</b> 20/06/2024	<b>NÚMERO DE CRP: 4</b> 34304	<b>FECHA</b> 21/06/2024
<b>OBJETO:</b> NULL			
<b>PERIODO CERTIFICADO</b>		<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>
		DIA 01 MES 06 AÑO 2024	DIA 30 MES 06 AÑO 2024
<b>TIPO SERVICIOS</b> Administrativo	<b>RESERVA DE GLOSA 2%</b>		0
<b>VALOR MES</b> 1,829,387	<b>VALOR LETRAS</b>		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

**CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	9,146,627
VALOR EJECUTADO:	9,146,550
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,829,310
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	77
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
8377346818	162,500	0	3	31,700	0	194,200
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

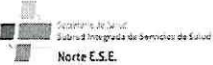
LUZ MYRIAM RONCANCIO RONCANCIO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ALBARRACIN DE HERREA FLOR MARINA


NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	<b>TÍTULO DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		<b>CÓDIGO: AP-CT-F-50-03</b>		
			<b>VERSIÓN: 3</b>		
	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</b> <b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>		<b>PÁGINA : 1 DE 1</b>		
			<b>FECHA: 19/05/2022</b>		

<b>ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURADOR CONSULTA EXTERNA</b>						<b>UNIDAD:</b>		
<b>No. DE CONTRATO: 3191-2024</b>		<b>PERIODO CERTIFICADO</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ MIRYAM RONCANCIO RONCANCIO</b>			1	06	2024	30	6	2024
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALBARRACIN DE HERRERA FLOR MARIN</b>			<b>DOCUMENTO: 51561824</b>					
<b>OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como FACTURADOR CONSULTA EXTERNA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.</b>								
<b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % )100</b>								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	1. Aportar al mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 2. Contribuir con el mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional. 3. Aportar lo necesario para la implementación y mantenimiento del Sistema Único de acreditación. 4. Asistencia a capacitaciones previstas por la Subred. 5. Ingreso de información confiable al Sistema de Información.
2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	1. Adoptar las acciones necesarias para minimizar los riesgos dentro del proceso de la facturación que afecten las finanzas de la institución 2. Brindar una atención calida, respetuosa y enmarcada en la humanización de nuestro proceso 3. Manejo apropiado del sistema de información. 4. Ingreso y registro de información confiable al sistema de información
3. Verificación de estado de afiliación de los usuarios en los diferentes aplicativos (Fosyga, comprobador de derechos de la SDS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros).	verificación de estado de afiliación de los usuarios en bases de datos de la secretaria de salud
4. Realizar el Ingreso de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos y verificar y registrar la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en la factura correspondiente.	Ingreso de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos, verificación y registro de la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago
5. Registrar diariamente en el sistema de información los servicios prestados a los usuarios, previa verificación de los soportes de la atención e informando oportunamente las inconsistencias encontradas.	Registro diario en el sistema de información de los servicios prestados a los usuarios, previa verificación de los soportes de la atención e informe oportuno de las inconsistencias encontradas.
6. Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados.	Generación de la factura con todos los cargos de los servicios prestados al paciente, al momento de su egreso
7. Generar los cortes de factura y división de la misma en caso de ser requerido por cambio de pagador,	Cortes de factura y división de la misma en caso de ser requerido por cambio de pagador.
8. Generar corte de cuenta y cerrar la factura de capitación cuando al paciente se le defina la conducta.	Corte de cuenta y cierre de la factura de capitación cuando al paciente se le defina la conducta.
9. Notificar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización,	Notificación de los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización,
10. Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.	Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando así se requiera, registrando y/o actualizando la información respectiva del usuario.
11. Recaudar valor de los copagos y/o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y Resolución 5592 de 2015	Recaudo de los copagos y/o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y Resolución 5592 de 2015
12. Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000.	Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3374 de 2000
13. Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal.	Hacer cierre diario y traslado de caja para entrega al cajero principal
14. Entrega diaria de facturas de manera organizada en la central de cuentas, armado de cuentas del Fondo Financiero Distrital de Salud y FOSYGA con reporte del sistema "factura por usuario detallado".	Entrega diaria de facturas de manera organizada en la central de cuentas, armado de cuentas del Fondo Financiero Distrital de Salud y FOSYGA con reporte del sistema "factura por usuario detallado".
15. Reportar al Técnico delegado las facturas objeto de anulación con la causal	Reporte de las facturas objeto de anulación con la respectiva causal
16. Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera.	Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera
17. Y las demas actividades consignadas en el contrato por OPS.	Demas actividades consignadas en el contrato por OPS

<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>TOTAL A PAGAR: (\$1,829,310) UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS DIEZ PESOS M/TE</b>	
 ALBARRACIN DE HERRERA FLOR MARINA CC:51561824	Fecha :30/06/2024  Firma de recibido supervisor: DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE <b>LUZ MIRYAM RONCANCIO RONCANCIO</b> DIRECTORA FINANCIERA

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contr...
- 9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  
 Sí  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
Pago 001	02-2024	20/02/2024 8:19:00 AM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	29/02/2024 12:00:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	1.770.300 COP	Enviado a la Entidad Estatal <a href="#">Detalle</a>
Pago 002	03-2024	14 días de tiempo transcurrido <small>(4/06/2024 12:54:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	-	1.829.310 COP	Enviado a la Entidad Estatal <a href="#">Detalle</a>
Pago 003	04-2024	14 días de tiempo transcurrido <small>(4/06/2024 12:55:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	-	1.888.320 COP	Enviado a la Entidad Estatal <a href="#">Detalle</a>

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> CPS-3191-2024-FEBERO.pdf	CPS-3191-2024-FEBERO.pdf	Proveedor <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CPS-3191-2024-MARZO.pdf	CPS-3191-2024-MARZO.pdf	Proveedor <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CPS-3191-2024-ABRIL.pdf	CPS-3191-2024-ABRIL.pdf	Proveedor <a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** FLOR MARINA ALBARRACIN DE HERRERA  
**No. Identificación:** CC51561824  
**Dirección:** CLL94#156-58IN4AP201PINARDESUBA  
**Telefono:** 8069464  
**Correo:** florm838@yahoo.es  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8377346818

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	FLOR MARINA ALBARRACIN DE HERRERA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC51561824	Periodo de Cotización Salud	mayo de 2024
Número de planilla	8377346818	Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2024
Fecha pago	2024-06-12	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	1000000129	Total Pagado	194500
Banco	1001	Total Intereses de Mora	300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	31800	1
EPS005	Sanitas EPS	162700	1

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 51561824  
 APELLIDOS Y NOMBRES: FLOR MARINA ALBARRACIN DE HERRERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005		1300000	0	1300000	0	162500	0	0	0	31700	0